



División de Salud Pública

Otoño 2019-2020

¡Vacune a su niño en la escuela contra la influenza!

Estimados Padres/Tutores:

La influenza es una enfermedad seria que puede causar hospitalización y algunas veces hasta la muerte. Una vacuna contra la influenza es una manera excelente para evitar esta enfermedad. El Departamento de Salud de Nuevo México estará trabajando con la escuela de su niño para ofrecer vacunas a los estudiantes contra la influenza. La vacuna contra la influenza será ofrecida sin costo alguno en la escuela de su niño.

**Todos los niños son elegibles para obtener la vacuna contra la influenza.
¡No necesita hacer una cita médica o tomar tiempo de su trabajo
para vacunar a su niño contra la influenza!**

CDC y los pediatras recomiendan que todos los niños de 6 meses hasta los 18 años sean vacunados todos los años contra la influenza.

Para la temporada de influenza 2019-2020, solamente habrá la forma inyectable en la escuela de su niño.

Si usted quiere que su niño sea vacunado en la escuela contra la influenza,
por favor:

4. Llene **completamente** la forma de autorización.
5. **Firme** la forma de autorización si usted desea que su niño sea vacunado **contra la influenza**.
6. Devuelva la forma a la **enfermera de la escuela** tan pronto como sea posible.

Todos los niños son elegibles, no importando si tienen seguro médico o no. Para participar, es necesario que usted complete las preguntas de evaluación médica y la sección de seguro médico en la forma para su niño.

La enfermera de la escuela evaluará la autorización y las preguntas de evaluación médica completadas para determinar si su niño puede recibir la forma inyectable contra la influenza en la escuela. Algunos niños no pueden recibir la vacuna contra la influenza debido a razones médicas tales como alergias al huevo o alguna reacción alérgica a la vacuna contra la influenza en el pasado.

Para niños menores de 9 años, se podrían necesitar dos dosis de la vacuna contra la influenza. Por favor contacte a su proveedor del cuidado de la salud u oficina de salud pública para recibir la segunda dosis, de ser necesaria.



¡Juntos podremos mantener a nuestros niños y escuelas saludables y libre de influenza!
Si usted tiene preguntas acerca de la influenza o de su vacuna, por favor visite el sitio web del Programa de Inmunización del Departamento de Salud de Nuevo México en www.inmunizenm.org o contacte su oficina local de salud pública.



FORMA DE AUTORIZACIÓN DE INMUNIZACIÓN ESCOLAR

Por favor lléne completamente- campos requeridos están marcados con un asterisco (*)

Texico Municipal Schools
PO Box 237
520 N. Giffin St.
Texico, N.M. 88135
For school office use: Acc to be filled with school address here

*Apellido Legal del Estudiante:	*Nombre: Texico, N.M. 88135		
*FDN: _____ Edad: _____ Mes/ Día / Año	*Apellido de Soltera de la Madre:	*Nombre de la Madre:	
*Dirección Postal:	*Ciudad:	*Estado: NM	*Zip:
*Teléfono Diurno:	* #ID Estudiante: _____ * Grado: _____	*Escuela: _____ *Maestra/o: _____	
*Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Raza: <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Otra	Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano	

Recordar: Autorizo a recibir recordatorios por email, texto, teléfono, o correo para la persona recibiendo la vacuna.

INFORMACIÓN DEL SEGURO – Por favor marque la categoría apropiada – REQUERIDA*

Centennial Care/Medicaid:
 Seleccione su Plan Centennial Care: Blue Cross Blue Shield Presbyterian Western Sky Community Care Otro _____
 # Tarjeta ID Centennial Care (Medicaid): _____ # ID Miembro del Seguro Médico: _____ # Grupo: _____
 Mi niño tiene seguro médico privado o comercial.
 Mi niño no tiene seguro médico.

SELECCIONE LA(S) VACUNA(S) QUE USTED DESEA QUE SU NIÑO RECIBA EN LA ESCUELA:

Vacuna (inactiva o recombinante) contra la influenza (gripe)

PREGUNTAS DE EVALUACIÓN MÉDICA PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES- REQUERIDA*

Para padres/tutores: Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar cuáles vacunas su niño recibirá hoy. Si usted contesta "sí" a cualquiera de las preguntas, no significa necesariamente que su niño no será vacunado. Sólo significa que se podrían hacer preguntas adicionales. Si la pregunta no está clara, pídale a su proveedor del cuidado de la salud que se la aclare.

	Sí	No	No sé
1. ¿Está su niño enfermo hoy?			
2. ¿Tiene su niño alergias a medicamentos, alimentos, un componente en una vacuna, o látex?			
3. ¿En el pasado, ha tenido su niño alguna reacción severa a una vacuna?			
4. ¿Ha tenido el niño algún problema con los pulmones, corazón, riñones, o enfermedad metabólica (p.ej. diabetes), asma, o desorden en la sangre? ¿Está el niño en terapia a largo plazo con aspirina?			
5. ¿Ha tenido el niño, hermano, o padres, convulsiones; ha tenido el niño problemas con el cerebro o sistema nervioso?			
6. ¿Ha tenido el niño o un miembro familiar cáncer, leucemia, VIH/SIDA, o cualquier otro problema con el sistema inmune?			
7. En los pasados 3 meses, ¿ha tomado el niño medicamentos que afecten el sistema inmune, como prednisona, otros esteroides, o drogas anti-cáncer; drogas para el tratamiento de artritis reumática, enfermedad de Crohn, o psoriasis; o ha tenido tratamientos de radiación?			
8. En el pasado año, ha recibido el niño transfusiones de sangre o productos sanguíneos, o inmunoglobulina (gamma) o una droga antiviral?			
9. ¿Está la niña/adolescente embarazada o hay alguna posibilidad de que quede embarazada durante el próximo mes?			
10. ¿Ha recibido el niño vacunas en los últimos 4 meses?			

AUTORIZACIÓN PARA VACUNACIÓN*

He leído o se me ha explicado la información en la Declaración de Información de Vacunas (VIS) para las enfermedades y vacunas que he seleccionado para mi niño en esta carta adjunta. Entiendo los beneficios y riesgos de cada vacuna y autorizo que las vacunas que he seleccionado sean administradas al niño arriba mencionado. Entiendo que algunas vacunas son dadas en serie en un período de tiempo y firmando esta forma autorizo a todas las dosis para completar la serie. **Contactaré a la enfermera escolar para negar mi consentimiento para que mi niño sea vacunado antes de la fecha de la clínica escolar o por cualquier razón.** A menos que firme una declaración diciendo lo contrario, autorizaré que la información de vacunación sea entrada en el Sistema Estatal de Información de Inmunización de Nuevo México (NMSIIS) y sea liberado a otros proveedores del cuidado de la salud para evitar vacunaciones innecesarias o para cerciorarse del estado de vacunación. La Política de Privacidad DOH puede ser encontrada en <https://nmhealth.org/help/privacyamd> y será ofrecida a todos los estudiantes al momento de ser vacunados.

*Firma (Cliente/Tutor): _____ *Fecha: _____
 *Nombre en Letra de Molde (Cliente/Tutor): _____
 *Nombre del Niño (si es menor): _____ *FDN: _____

ENTRADA DIRECTA DE VACUNAS ADMINISTRADAS A NMSIIS ES REQUERIDA dentro de los 10 días de haber sido administradas.

Esta forma fue diseñada para el uso único de las oficinas de salud pública NM DOH y sus programas. NM DOH no es responsable de la entrada de datos o administración de vacunas de entidades de salud externas y expresa no tener responsabilidad por cualquier error asociado como resultado de la utilización de esta forma.

